

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 45

DE LA

CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE

PAR L'INCISION

ET LA RÉSECTION PARTIELLE OU TOTALE DE LA TUNIQUE VAGINALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 27 juin 1891

PAR

Léon FOIX

Né à Gensac (Haute-Garonne)

Ex-externe des hôpitaux de Montpellier

Ex-interne des hôpitaux d'Avignon

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1891

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN, DOYEN.

BERTIN-SANS, ASSESSEUR.

Professeurs.

MESSIEURS :

Médecine légale et toxicologie.

Clinique chirurgicale.

Chimie médicale et Pharmacie.

Id. VILLE (Ch. de c.)

Hygiène.

Clinique médicale.

Clinique médicale.

Physiologie.

HÉDON (Ch. de c.)

Clinique chirurgicale.

Clinique obst. et gynécol.

Anat. pathol. et histol.

Thérap. et Matière médicale.

Anatomie.

Pathologie interne.

Clinique des mal. ment. et nerv.

Physique médicale.

Botan. et Hist. Nat. méd.

Pathologie externe. (ch. de c.)

Opérations et appareils. (ch. de c.)

JAUMES.

DUBRUEIL *

ENGEL.

BERTIN-SANS.

CASTAN *.

GRASSET.

LANNEGRACE.

TÉDENAT.

GRYNFELTT.

KIENER *.

HAMELIN *.

PAULET (O. * *).

CARRIEU.

MAIRET.

IMBERT.

GRANEL.

ESTOR.

FORCUE.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. * *).

Prof. honor. M. DUPRÉ (O. * C. *),

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique annexe des maladies des vieillards. MM REGIMBEAU, agrégé

Histologie BLAISE, agrégé.

Clinique annexe des maladies des enfants.. BAUMEL, agrégé.

Clinique annexe ophthalmologique..... TRUC, agrégé.

Accouchements..... GERBAUD, agrégé.

Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan. BROUSSE, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :

DE GIRARD.

SERRE.

REGIMBEAU (*).

BLAISE.

BAUMEL.

MESSIEURS :

VILLE.

FORGUE.

TRUC.

GERBAUD.

GILIS

MESSIEURS

BROUSSE.

SARDA.

ESTOR.

HÉDON.

LECERCLE.

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. TÉDENAT, président.

FORGUE, agrégé.

SERRE, agrégé.

TRUC, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0032

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON ONCLE, M. l'abbé FOIX

Curé de Lespugue

A TOUS MES PARENTS

L. FOIX.

A mon Président de Thèse

Monsieur TÉDENAT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier

A Monsieur CHALOT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse

A tous mes Maîtres d'Avignon et de Montpellier

L. FOIX.

A mes Collègues d'internat, les docteurs
ORMIÈRES, ROBERT, LUGAN, PORTALIER

A mes meilleurs Amis
les docteurs DORTE, BERTÈS, CAZALAS

A TOUS MES AMIS

L. FOIX.

INTRODUCTION

Il est peu de maladies plus communes que l'hydrocèle de la tunique vaginale. Il en est peu aussi pour lesquelles on ait préconisé un plus grand nombre de traitements, tous plus ou moins efficaces. Celui qui fait l'objet de notre thèse n'est pas nouveau, puisque nous le voyons déjà indiqué par Celse. On comprend, cependant, qu'avant la merveilleuse découverte de l'antisepsie, les chirurgiens aient été très réservés pour pratiquer une opération dans une région si riche en tissu cellulaire, voisine de la cavité abdominale, dans une région, en un mot, où le phlegmon et la gangrène n'étaient pas rares après les interventions chirurgicales.

L'incision des bourses pour la cure radicale de l'hydrocèle ne peut donc être appréciée à sa juste valeur que depuis l'emploi du pansement de Lister dans les hôpitaux. C'est le professeur Volkmann (de Halle) qui a le premier pratiqué cette opération avec toutes les précautions antiseptiques. Son manuel opératoire n'a subi que de légères modifications, comme nous le montrerons dans la suite de ce travail. L'incision, en effet, telle que la pratiquait Volkmann, ne met pas toujours à l'abri de la récurrence. Son procédé a surtout été modifié pour rendre toute nouvelle distension de la vaginale impossible.

Nous diviserons notre sujet en cinq parties :

- 1° Historique.
- 2° Anatomie pathologique.
- 3° Incision antiseptique et résection. — Procédés divers.

4° Valeur de l'incision par comparaison avec l'injection iodée.

5° Conclusions.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, d'adresser nos remerciements à M. le professeur Tédénat, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous sommes heureux de pouvoir en même temps lui exprimer notre reconnaissance pour les bons conseils qu'il nous a donnés dans le courant de ce travail.

Que tous nos Maîtres de la Faculté de Montpellier et des Hôpitaux d'Avignon reçoivent aussi le témoignage de notre reconnaissance pour la bienveillance et les bons conseils qu'ils n'ont jamais cessé de nous prodiguer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE
PAR L'INCISION
ET LA RÉSECTION PARTIELLE OU TOTALE DE LA TUNIQUE VAGINALE

HISTORIQUE

Bien des traitements ont été successivement vantés pour la cure de l'hydrocèle de la tunique vaginale. Leur nombre même prouve assez l'incertitude des résultats obtenus. Depuis les plus simples, en effet, comme les applications sur la peau du scrotum de teinture d'iode, jusqu'à l'incision et la résection, on trouve une série de procédés intermédiaires, tous plus ou moins efficaces. Nous ne décrirons que les principaux, pour insister sur celui qui fait l'objet de ce travail.

Nous commencerons par les moyens *médicaux*. A cette classe appartiennent les applications externes de teinture d'iode, de compresses imbibées d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. Ce sont là des moyens thérapeutiques bien

incertains, ayant pu donner quelques résultats heureux dans des hydrocèles récentes, et surtout chez les enfants. Nous rangerons dans la même catégorie les onctions mercurielles, le tartre stibié ; l'application répétée de vésicatoires a donné quelques cas de guérison, puisque Breschet en cite 20 cas (*Bull. thérapeutique*, 1834), mais a amené souvent la gangrène du scrotum, surtout chez les vieillards.

Comme moyen *palliatif*, nous ne citerons que la ponction avec le trocart ou avec une aiguille à dissection. Dans le premier cas, le liquide est évacué au dehors, mais ne tarde pas à se reproduire. Cuming, de Glasgow, proposa, en 1823, l'acupuncture. Curling déclare s'en être servi avec avantage dans plusieurs cas. Ce dernier chirurgien prenait une aiguille à cataracte, ponctionnait la tumeur et faisait tourner l'aiguille entre ses doigts pour agrandir l'ouverture de la séreuse. Une partie du liquide s'échappait au dehors ; la plus grande partie s'infiltrait dans les bourses, où il était résorbé. C'est ce qui se produit d'ailleurs après des traumatismes déterminant la rupture vaginale et l'épanchement de son contenu dans l'épaisseur du scrotum.

Nous ferons remarquer que ce procédé, rangé parmi les moyens palliatifs, a donné des cas de guérison, l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire du scrotum produisant une inflammation quelquefois suffisante pour produire l'adossement des deux feuillets de la vaginale.

Signalons, en passant, les courants galvaniques qui auraient donné quelques succès à Pétrequin (1859, *Gaz. méd.*).

L'emploi du *séton* remonte à Galien. L'Ecole Arabe, Guy de Chauliac en ont fait usage. Pott remit ce procédé en vogue en le préférant à tous les autres : il perçait de part en part l'hydrocèle dans sa plus grande longueur au moyen d'un trocart et, par la canule, passait le *séton*, formé de plusieurs fils de soie. Il n'était laissé en place que quelques

jours à cause de la douleur. Green l'enlevait même au bout de 24 heures. L'inflammation produite par ce corps étranger donnait lieu à des abcès, à des vaginalites suppurées. Dans les cas favorables, la guérison était obtenue au bout de 25 à 30 jours. Nous en dirons autant de tous les corps étrangers : charpie, éponge, canule, sonde, introduits dans la cavité vaginale pour en déterminer l'oblitération.

Larrey préconisa l'emploi d'un morceau de sonde en gomme élastique, moyen qui lui aurait parfaitement réussi.

Le *drainage* avec les tubes en caoutchouc a été proposé par Chassaingnac. Il a pour but d'assurer l'écoulement des liquides qui peuvent séjourner dans la cavité et déterminer des accidents. Ils sont mieux supportés par les tissus que le séton et permettent des irrigations fréquentes. Aussi, avant la découverte de l'antisepsie, ce procédé était-il employé dans les cas où l'injection iodée avait échoué. M. Tédénat (1) dit l'avoir vu mettre en usage, à Lyon, dans le service de Létievant. Sur 3 cas, la guérison fut obtenue deux fois du 12^{me} au 15^{me} jour. Chez le troisième malade, la vaginale suppura pendant 15 jours.

La *cautérisation* de la face interne de la séreuse a été recommandée par plusieurs auteurs. Lloyd (1850), après la ponction, introduisait un peu de poudre de nitrate de mercure. Vers la même époque, en 1852, Defer (de Metz) préconisait le nitrate d'argent fondu. Après l'évacuation du liquide, il introduisait, par la canule du trocart, un porte-caustique spécial terminé par une petite cuvette remplie de nitrate d'argent en fusion. Maisonneuve se servait simplement d'un stylet ordinaire qu'il trempait dans le nitrate d'argent fondu. Le caustique, en se refroidissant, adhérait au stylet. Ce chirurgien aurait, dans l'espace de 12 ans, opéré avec succès 54

(1) Montpellier médical 1885.

hydrocèles. La durée moyenne du traitement a été de 20 jours.

La méthode de traitement par les *injections* remonte à Celse, qui employait une solution de nitre. Sédillot (1852) injectait de l'air. Il se servait d'un trocart dont la partie moyenne de la canule portait un orifice qui devait correspondre à la cavité vaginale. Si, après 24 heures, rien n'annonçait le développement de l'inflammation, il remplaçait l'air par l'eau ou par une solution de 120 gr. d'eau pour 0,05 de nitrate d'argent. La liste des liquides dont on a fait usage pour la cure radicale de l'hydrocèle serait trop longue. Nous ne parlerons que de l'alcool et de la teinture d'iode.

Monro, d'Ecosse, employa le premier *l'alcool* pur ou légèrement étendu d'eau. Monod lui a fait subir la modification suivante : il ponctionne le scrotum avec un trocart capillaire, retire de 10 à 20 gr. de liquide, qu'il remplace par la même quantité d'alcool. Tillaux n'en injecte que quelques gouttes. C'est là un procédé qui réussit souvent chez les enfants. En raison de la douleur produite par l'alcool, on le remplaça par le vin chaud, qui a donné quelques succès comme ce dernier, mais qui a produit aussi quelques cas de suppuration.

Martin (de Calcutta) a eu, le premier, l'honneur d'essayer *l'injection iodée*, qui est presque la seule usitée de nos jours. De 1832 à 1839, il a opéré 2,393 malades avec un insuccès de 1 %. Il se servait de la teinture d'iode au tiers, en injectait 32 gr. qu'il abandonnait dans la cavité. Velpeau, le principal vulgarisateur de cette méthode en France, injectait 60 à 120 gr. d'une solution iodo-iodurée au tiers. En Allemagne et en Angleterre, on préfère n'injecter qu'une petite quantité (10 à 12 gr.) de teinture d'iode pure qui est laissée dans la cavité.

Ce liquide irritant agirait en modifiant les propriétés sécrétantes de la séreuse. Il aurait aussi l'avantage de ne pas pro-

voquer d'adhérences, qui sont une cause d'anémie et d'atrophie du testicule (Gosselin).

Nous arrivons maintenant à un moyen plus radical usité surtout dans les cas d'épaississement extrême de la vaginale. Nous voulons parler de *l'incision* et de *l'excision*. Celse et Albucassis ont été les premiers à mentionner ce procédé. Ils n'enlevaient le plus souvent qu'un lambeau scrotal. D'autres chirurgiens sont allés plus loin, et ont réséqué une partie de la vaginale. Dupuytren et Malgaigne réclament, dans certains cas, la décortication et l'excision de la séreuse, trop épaisse pour qu'il y ait quelques chances de guérison. La cavité est remplie de charpie qui produit une suppuration plus ou moins abondante.

Dans ces dernières années, grâce à l'antisepsie, l'incision a donné de si brillants résultats que certains chirurgiens ont voulu l'employer à l'exclusion de toutes les autres méthodes, et, en particulier, de l'injection iodée. Nous exposerons plus loin l'opinion de la plupart des chirurgiens à ce sujet.

Enfin, dans certains cas, on se trouve en présence d'un testicule à peu près complètement atrophié. Faut-il enlever cet organe qui ne fonctionne plus, ou conserver au malade un testicule moral? Un certain nombre de chirurgiens (Boyer, Dupuytren, Gosselin) proposent la castration.

L'historique terminé, nous avons cru nécessaire de rappeler brièvement l'anatomie pathologique, pour mieux faire comprendre les indications de la méthode qui fait l'objet de cette thèse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'hydrocèle n'est pas, comme on l'a cru pendant longtemps, une affection idiopathique. Elle est le plus souvent, au contraire, symptomatique d'une lésion du testicule et surtout de l'épididyme. D'après Panas, ce serait la règle générale. Dans 15 autopsies d'hydrocèle, M. Tédénat (1) a trouvé dix fois des altérations plus ou moins marquées du testicule et de l'épididyme.

L'anatomie pathologique de l'hydrocèle comprend l'étude du liquide, de la vaginale, du testicule et de l'épididyme.

Le *liquide* varie de quantité avec le volume de l'épanchement. Il est limpide, jaune citrin, renferme 8 à 10 pour 100 de matières albuminoïdes, ce qui explique sa précipitation par un acide. Il peut être coloré en rouge ou en brun chocolat par du sang épanché. On y remarque aussi de nombreuses paillettes de cholestérine, assez abondantes quelquefois pour le rendre trouble. D'ordinaire jaunâtre et limpide, il peut prendre un aspect laiteux (hydrocèle chyliforme).

Au début, la *vaginale* a perdu simplement son endothélium et s'est amincie par sa distension. Mais le tissu conjonctif sous-séreux ne tarde pas à proliférer, et, en certains points, on trouve des plaques d'une dureté cartilagineuse et même calcaire. Dans une observation de Julliard, l'épaisseur de la séreuse atteignait 13 millimètres. Sa face interne était tapissée

(1) Montpellier médical 1885.

de fausses membranes. Le maximum d'épaisseur des parois observé par Julliard est de 2 centimètres. On y rencontre également des parties pédiculées constituant des corps flottants ou complètement libres et formant de véritables corps étrangers.

Le *testicule* peut présenter des lésions tuberculeuses ou syphilitiques.

L'*épididyme* peut offrir les mêmes lésions. «Un fait digne de remarque, c'est que, quelle que soit la nature des lésions, leur siège sur l'épididyme favorise l'hydrocèle. La raison de ce fait se trouve dans la disposition anatomique de la tunique vaginale qui revêt directement le tissu épидидymaire, tandis qu'elle est séparée de la substance du testicule par l'albuginée, dont l'épaisseur constitue une barrière qui s'oppose, jusqu'à un certain point, à l'irritation par voisinage de la séreuse» (Tédénat, *Montpellier médical* 1885). Tous ces faits sont mieux connus depuis que l'on fait, pour ainsi dire, l'anatomie pathologique sur le vivant.

Il ne faudrait pas, cependant, exagérer les lésions de l'épididyme, puisque dans quelques autopsies on le trouve sain (Terrillon) (1). Dans une communication faite à la Société anatomique (1879), Terrillon rapporte une autopsie où le fait suivant est signalé : «Ce qui frappe, dit-il, c'est la distance qui sépare la tête de l'épididyme du bord supérieur du testicule. La tête est éloignée de 4 centimètres et le corps de 3. La queue est, au contraire, adhérente. On se demande ce que sont devenus les canaux déférents.»

Gosselin et Cùrling avaient déjà noté un allongement de l'épididyme et même la séparation de sa tête du testicule. Elle paraît due à ce fait que le liquide, distendant la vaginale,

(1) Bull. Soc. anat. 1879.

distend aussi le cul-de-sac compris entre le testicule et l'épididyme, qui se trouve ainsi tirailé et même séparé de la glande.

Hématocèle. — Nous dirons en quelques mots l'anatomie pathologique de l'hématocèle, puisque le même traitement lui est applicable et qu'en clinique on est souvent fort embarrassé pour dire si on se trouve en présence d'une hydrocèle simple ou d'une hématocèle.

L'hématocèle est une vaginalite chronique. Elle est caractérisée par un épaissement de la vaginale qui se trouve doublée par une fausse membrane. Celle-ci peut avoir 1 à 2 centim. d'épaisseur, renfermer des plaques cartilagineuses, calcaires ou ossiformes. On y remarque de nombreux capillaires de nouvelle formation, dont la rupture donne lieu à de petites hémorragies. La facilité avec laquelle on la détache, la nature des couches qu'on y découvre, prouvent que cette membrane est formée de dépôts fibrineux. Le plus léger traumatisme cause de nouvelles poussées inflammatoires.

Le liquide peut être séreux, citrin ; le plus souvent, il a la couleur du chocolat. Le testicule est recouvert de fausses membranes, et le plus souvent aplati, atrophié.

On voit après cette description combien l'hydrocèle et l'hématocèle se ressemblent, tant au point de vue des lésions anatomo-pathologiques qu'au point de vue clinique. Aussi, dans certains cas, on comprend que le chirurgien embarrassé emploie l'expression d'hydro-hématocèle.

ÉTUDE DE L'INCISION ET DE L'EXCISION PARTIELLE OU TOTALE DE LA VAGINALE

L'incision, comme nous l'avons vu plus haut, est une des méthodes les plus anciennes de traitement de l'hydrocèle.

Celse, Albucassis, Paul d'Égine, l'ont pratiquée les premiers. Dans les temps modernes, Boyer, Jobert (de Lamballe), citent des cas de succès après l'emploi de ce procédé. Gerdy la trouvait « à peine excusable chez les chirurgiens ignorants et barbares des temps passés ». Chassaignac la traite d'opération mauvaise.

Aussi, avant l'application de la méthode antiseptique, malgré les quelques succès obtenus par les chirurgiens que nous venons de citer, l'incision n'était-elle pas passée dans la pratique courante. Elle restait toujours une opération grave qu'on ne pratiquait que dans des cas urgents ou tout à fait particuliers : suppuration après l'injection, hydrocèle compliquée de hernie (cas observé par Chassaignac (1) et opéré avec succès, guérison au bout de 10 jours). Ce qui faisait la gravité de l'opération, c'étaient le phlegmon diffus et la gangrène des bourses qui s'ensuivaient assez souvent.

Procédé de Volkmann. — Il faut arriver en 1876 pour voir l'incision remise en honneur et donner des résultats vraiment merveilleux entre les mains de Volkmann (de Halle), grâce à une application rigoureuse de la méthode antiseptique.

En janvier 1876 (*in Berlin. Klin. Wochenschrift*), ce chi-

(1) Traité des opérations chirurgicales, t. II.

rurgien publiait 17 observations d'hydrocèles, opérées par incision, dans lesquelles la guérison avait été obtenue, sans accident, du 10^me au 15^me jour. Deux ans plus tard, Genzmer publie 52 nouvelles observations. Dans le tableau annexé à la thèse de Nimier (Paris, 1885-86), sur 107 cas, on ne trouve qu'une seule récurrence, 10 rétentions d'urine et 2 abcès.

Voici le manuel opératoire du chirurgien de Halle: Le malade est soumis à l'anesthésie chloroformique. La région du scrotum et de la partie supérieure de la cuisse, préalablement rasée, est soigneusement lavée avec une brosse et une solution phéniquée à 3 p. 100. Ne jamais employer que des liquides tièdes pour ne pas déterminer des contractions dans le dartos, ce qui pourrait gêner dans le courant de l'opération. Le champ opératoire bien désinfecté, le scrotum est incisé dans une longueur de 10 à 12 centim. L'hémostase se fait en liant tous les vaisseaux au catgut. Après avoir incisé les différentes couches, on arrive sur la vaginale qu'on incise également. Le liquide écoulé, on examine avec soin l'état du testicule et de la séreuse qui peuvent renfermer des kystes, des corps étrangers et des parties indurées qu'il faut enlever. Lavage de la cavité avec une solution phéniquée à 3 p. 100. Suture de la vaginale à la peau, avec des fils de soie fins, pour empêcher l'infiltration des liquides de la plaie dans l'épaisseur des tuniques scrotales. Le drainage est employé quand la séreuse est plissée. Pendant tout le temps de l'opération, on a fait marcher le spray phéniqué.

On recouvre la plaie de gaze phéniquée; on en met également en arrière entre le scrotum et l'anus, et en avant sur le bas-ventre. Cette gaze antiseptique est maintenue par un caleçon. Le pansement est ensuite renforcé par du coton phéniqué et un double spica. De sorte que le malade se trouve à la fin enveloppé dans son pansement jusqu'au nombril et jusqu'au milieu des cuisses.

Procédé de Julliard. — En 1884, Julliard, professeur de clinique chirurgicale à Genève, publiait dans la *Revue de chirurgie* un mémoire où il relatait 54 cas d'hydrocèles traités par l'incision et la résection partielle de la vaginale. Il indiquait en même temps le procédé opératoire dont il avait fait usage. C'est ce procédé, légèrement différent de celui de Volkmann, le promoteur de l'incision, que nous allons exposer.

Soins préliminaires. — Dans le but d'éviter au patient la douleur et pour obtenir en même temps l'immobilité, Volkmann pratiquait l'anesthésie générale.

Le professeur de Genève, faisant remarquer que l'incision de la peau est seule douloureuse, ne chloroformise pas son opéré. L'anesthésie pouvant produire des accidents mortels dans les petites comme dans les grandes opérations, il estime qu'on ne doit pas faire courir le risque de sa vie à un malade pour le débarrasser d'une hydrocèle.

Il n'a pas même recours à l'anesthésie locale par le froid. Ce dernier agent fait, en effet, contracter les petits vaisseaux. L'incision faite, il n'y a pas d'hémorragie et on referme la plaie, croyant avoir fait l'hémostase parfaite, indispensable pour une réunion par première intention. Mais, quelques instants après, il se produit une hémorragie en nappe, due à la dilatation paralytique des capillaires.

Julliard n'emploie donc ni l'anesthésie générale, ni l'anesthésie locale. Il prétend que l'opération n'est guère plus douloureuse que l'injection iodée, de l'avis même d'un de ses opérés, qui avait, quelque temps avant, été traité par ce dernier procédé.

Avant de faire l'incision, la région est lavée soigneusement avec une solution phéniquée faible 1,23 o/o. Il condamne l'usage d'une solution faite dans une région où la peau est

très délicate. Il ne se sert également que de liquides tièdes pour la raison que nous avons indiquée plus haut.

Opération. — Grande incision s'étendant à toute la hauteur de la tumeur. On pourra ainsi facilement se rendre compte de l'état de la vaginale, du testicule et de l'épididyme. Cela permettra également d'enlever toutes les productions pathologiques qui peuvent s'y trouver. Avec l'antisepsie, une grande incision guérit d'ailleurs aussi vite qu'une petite.

Pour les détails de l'opération elle-même, nous ne pouvons mieux faire que de citer les quelques pages publiées dans la *Revue de chirurgie* (1) par l'auteur du procédé :

« L'incision de la peau étant faite, je continue, couche par couche, jusqu'à ce que je sois arrivé sur la tunique vaginale. Les vaisseaux sont pincés et tordus à mesure qu'ils sont coupés. Je préfère la torsion à la ligature. Cette dernière a l'inconvénient de laisser dans la plaie un petit corps étranger, et il est toujours préférable, au point de vue de la réunion, d'en laisser le moins possible, fût-ce le meilleur des catguts. On pourra également se servir de pinces à forcipressure, avec lesquelles on sera dispensé de faire des ligatures.

» Arrivé sur la tunique vaginale, je fais à sa partie supérieure une boutonnière dans laquelle j'introduis le doigt, et j'achève avec des ciseaux l'incision de la tunique vaginale sur une longueur égale à celle de l'incision cutanée. On pourrait inciser la vaginale par transfixion d'un seul coup de bistouri ; ce procédé est plus expéditif, mais il expose à blesser l'épididyme ou le testicule, tandis que, en incisant avec des ciseaux sur le doigt, on ne risque absolument rien.

» L'incision de la tunique vaginale étant faite, j'inspecte le testicule et la surface interne de la vaginale. Cet examen doit être fait minutieusement dans tous les coins et recoins. On

(1) Julliard. *Revue de chirurgie* 1884.

trouve presque toujours des petits kystes, des corps étrangers libres ou adhérents, des exsudats sanguins ou pseudo-membraneux, des plaques calcaires ou cartilagineuses. Les kystes siègent souvent sur les testicules et l'épididyme, plus rarement sur la vaginale ou le cordon. Quant aux corps étrangers, on les rencontre un peu partout, et ils doivent être cherchés dans tous les replis de la cavité, où ils pourraient passer facilement inaperçus.

» Les kystes sont excisés avec des ciseaux, les exsudats sont enlevés avec des éponges ou, si cela est nécessaire, avec la curette. En un mot, la cavité est débarrassée de toutes les productions anormales qu'elle peut contenir.

» Cette toilette doit être faite avec ménagement et avec des éponges imbibées de solution phéniquée très faible. Je proscriis d'une manière absolue les grands lavages avec une solution phéniquée forte. On fait un grand abus de ces lavages, et on a parfaitement tort; ils irritent fortement les plaies, ils en augmentent le suintement et ne font que compromettre la réunion par première intention. Au point de vue antiseptique, ils sont inutiles, le spray suffit, et je le fais pendant toute la durée de l'opération.

» La toilette de la cavité étant faite, je résèque de la tunique vaginale ce qui est nécessaire pour que ce qui reste suffise à recouvrir le testicule et le cordon. Cette suture est faite avec des catguts très fins, placés à 1 centimètre les uns des autres; j'obtiens ainsi un adossement complet et hermétique du feuillet pariétal avec le feuillet viscéral, sur lequel il est appliqué et tendu sans aucun repli. Il faut prendre garde de ne pas fermer la vaginale avant que l'hémostase ne soit complète. Lorsque les kystes ont été excisés, lorsqu'on a dû frotter et surtout racler la surface de la vaginale, il se fait à sa surface un suintement sanguin en nappe qu'on ne peut arrêter ni par torsion ni par ligature. Dans ce cas, je remplis la cavité

avec des éponges imbibées d'eau froide et je comprime pendant quelques instants: cela suffira presque toujours à arrêter le sang.

» Dans mes premières opérations, j'avais l'habitude de mettre un ou plusieurs drains dans la cavité vaginale; ce drainage avait pour but de procurer l'écoulement des liquides provenant de la surface interne de la vaginale. J'y ai depuis longtemps renoncé. Quand on opère sur une séreuse, il suffit d'adosser exactement surface contre surface pour que l'adhérence se produise sans aucun suintement. Il n'y a pas plus besoin de mettre un drain entre les surfaces de la vaginale qu'il n'est besoin d'en mettre entre celles d'un intestin suturé dans une entérectomie. Je vais plus loin, je prétends qu'un drain interposé entre deux surfaces ne sert qu'à les empêcher d'adhérer.

» Il ne faut donc pas mettre de drain dans la vaginale, mais, par contre, il faut avoir soin que les deux feuillets soient exactement appliqués sur toute leur étendue et sans replis. S'il reste un espace, tout petit qu'il soit, où le contact n'existe pas, non seulement la cavité vaginale persiste en ce point, mais il s'y fera un suintement, et ce suintement n'ayant pas d'issue, il pourra en résulter une rétention avec ses conséquences habituelles.

» Toutefois, si la tunique vaginale est profondément altérée, s'il a fallu la racler fortement ou la cautériser, il sera prudent de la drainer, parce qu'ici on ne peut pas compter sur une adhérence par première intention; la tunique vaginale a complètement perdu ses caractères de séreuse, c'est une surface cruentée comme une autre.

» Après avoir fait la suture de la vaginale, je fais celle du scrotum avec des serres-fines, parce qu'elles ont l'avantage de ne pas faire de trous; mais les serres-fines exercent parfois une pression trop forte qui, avec une peau aussi délicate que

celle des bourses, amène tout de suite de l'œdème, et occasionne même quelquefois de petits sphacèles. De plus, elles sont incompatibles avec un pansement compressif. Je suture le scrotum au catgut et je place un drain à la partie déclive de l'incision. Il m'est arrivé sept fois de ne pas drainer non plus la plaie scrotale. Deux fois la tentative m'a réussi et la réunion par première intention a eu lieu ; mais, dans les cinq autres cas, il s'est produit une rétention qui s'est terminée par un petit abcès superficiel. Je considère donc qu'autant il est inutile et même fâcheux de drainer la cavité vaginale, autant il est prudent de mettre un drain dans la plaie scrotale, quitte à l'enlever de bonne heure. J'emploie pour ce drainage les tubes en caoutchouc de Chassaignac.

» Reste maintenant le pansement. Il doit remplir trois conditions : être antiseptique, compressif, ne pas irriter le scrotum. Je couvre le scrotum avec un morceau de protectrice, par dessus la protectrice, une large couche de grosses éponges imbibées dans une solution phéniquée 1,25 p. 100 ; cette couche d'éponges recouvre le scrotum, le périnée, le bas-ventre. Puis je soutiens le tout par des bandes de gaze, et enfin une bande en caoutchouc ».

Le lendemain, Julliard enlève les points de suture, estimant que la réunion a eu le temps de se faire dans une région aussi vasculaire que le scrotum. A moins de complication, le drain est enlevé le 3^{me} ou le 4^{me} jour, et le malade est guéri vers le 13^{me} jour. Il ne reste qu'un peu de gonflement qui gêne légèrement l'opéré pendant quelque temps, mais ne l'empêche pas, en portant un suspensoir, de se livrer à ses occupations habituelles.

Dans les 54 observations publiées par l'auteur, trois fois la réunion par première intention ne s'est pas effectuée ; chez huit malades, il y a eu suppuration par l'orifice du drain,

ce qui a retardé la guérison de dix jours environ; vingt-trois fois la température a atteint 39°, et les a même dépassés cinq fois. Il faut aussi signaler trois rétentions d'urine.

Après la description qui vient d'être faite du procédé de Julliard, on voit que les principales modifications apportées à celui de Volkmann ont surtout pour but de diminuer les chances de récurrence et même de la rendre, il semble, à peu près impossible. L'oblitération de la cavité vaginale étant la condition nécessaire de succès, le chirurgien de Genève n'y met pas généralement de drain. Pour la même raison, il ne garde de la vaginale que ce qui est nécessaire pour recouvrir le testicule.

Procédé de Bergmann.— Avec le dernier procédé que nous venons de décrire, la récurrence est encore possible, puisque la cavité vaginale persiste et peut se distendre de nouveau. En Allemagne, où le procédé de Volkmann était mis en pratique depuis bientôt dix années, on avait déjà observé quelques récurrences. Bergmann (1), en janvier 1885 (*in Berlin. Klin. Wochenschrift*), faisait connaître une modification apportée au manuel opératoire des chirurgiens de Halle et de Genève. Il réséquait toute la séreuse pariétale et rendait ainsi toute récurrence impossible. Voici, en quelques mots, ce procédé :

Une fois la vaginale ouverte, il isole son feuillet pariétal de la tunique commune et du cordon jusqu'au voisinage du testicule et de l'épididyme. Puis il excise la tunique. Cet isolement ne présente jamais de difficulté et se fait avec le doigt ou le manche du bistouri. L'hémostase se fait comme à l'ordinaire, en liant tous les vaisseaux au catgut. La cavité est lavée avec une solution phéniquée à 3 o/o. Un drain est placé à la partie inférieure de l'incision. La gaze phéniquée, qui pro-

(1) Revue de Hayem 1886.

duit souvent de l'érythème, est remplacée par de la gaze au sublimé. Le pansement est comme toujours renforcé avec du coton antiseptique et le tout est maintenu par un double spica de laine.

Sur 20 malades opérés par Bergmann, on trouve trois rétentions d'urine le premier jour. Pas de cas de phlegmon ni de gangrène. La durée du traitement a été la même qu'avec les procédés précédemment décrits.

Malgré la thèse de Labadie, de Bordeaux (1881), qui en rapporte de nombreux cas, malgré toutes les publications étrangères (Volkman, Julliard), les chirurgiens français ne s'empressaient pas d'adopter la nouvelle méthode de cure radicale de l'hydrocèle. Ils paraissaient vouloir rester fidèles à la vieille méthode des injections, et, en particulier, de l'injection iodée. Les premières observations publiées datent du mois d'octobre 1885.

A cette époque, M. Augagneur, chirurgien de l'Antiquaille, faisait une communication à la Société médico-chirurgicale de Lyon, où il relatait 13 observations de cure radicale par l'incision antiseptique.

L'année suivante (2 avril 1886), la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* publiait une clinique du même chirurgien, où celui-ci relatait deux nouvelles opérations, ce qui portait le nombre à 15. Son procédé diffère un peu des précédents.

Anesthésie à l'éther. Trois seulement des opérés de M. Augagneur n'ont pas été endormis et n'ont pas paru beaucoup souffrir. Désinfection du champ opératoire avec une brosse, du savon et une solution phéniquée forte. Ne pas négliger le pli génito-crural, qui est le siège fréquent de l'intertrigo.

Incision sur toute la hauteur de la tumeur, ouverture de la vaginale, examen de sa face interne, excision, hémostase et lavage avec une solution phéniquée à 2,5 o/o. La toilette de la

vaginale finie, il met deux plans de sutures avec des fils métalliques réunis sur des plaques de plomb (1). « L'aiguille pénètre sur la paroi du scrotum dans un point situé un peu au-dessous de l'incision de la vaginale et traverse successivement le scrotum, la vaginale, pénètre dans la cavité séreuse, atteint l'autre paroi, traverse la vaginale de dedans en dehors, puis la peau. Ces fils, par le rapprochement de leurs extrémités, accroient le feuillet séreux à lui-même. » Un petit drain est placé dans la cavité sur un des bords du testicule.

L'opération terminée, il place directement sur la plaie une bande de silk-protective, une couche de coton salicylé ou boriqué, et par dessus un pansement complet de Lister. On a donné un lavement avant l'opération pour débarrasser l'intestin, et, dans les trois ou quatre jours qui suivent, on fait prendre une potion opiacée pour que le malade, en allant à la selle, ne compromette pas la réunion par première intention.

La température n'a dépassé 39 degrés que dans un seul cas. Cette hyperthermie céda à l'emploi de la quinine, le malade étant un ancien paludéen. Deux fois, il y a eu suppuration (obs. V et IX). Dans le premier cas, elle n'a pu être expliquée que par quelque négligence dans l'antisepsie. Dans le second, la poche était cartilagineuse et le malade était, en outre, porteur d'une varicocèle. L'orchite s'est montrée une seule fois.

Dans tous les cas, l'épaisseur de la tunique fibreuse était considérable. Dans l'observation II, on a trouvé un corps flottant de la vaginale. Chez un autre malade, la paroi de la poche renfermait de nombreuses plaques en dégénérescence calcaire. La tête de l'épididyme était séparée du testicule, comme l'ont signalé Lannelongue et son élève Marimon (thèse de Paris, 1874).

(1) Gaz. hebdom. 1886.

A peu près à la même époque (décembre 1885), M. Tédénat, dans un mémoire intéressant, inséré dans le *Montpellier médical*, publiait six cas d'hydrocèle traités avec succès par l'incision antiseptique. Il a employé le procédé de Julliard, avec quelques légères modifications.

Anesthésie et suppression du spray. Lavage de la région avec une solution de sublimé à 1/1500. Incision de 10 à 12 centimètres, atteignant en bas l'extrémité de la tumeur pour que «le scrotum ne forme pas godet». Il n'a réséqué la vaginale que trois fois. Dans deux cas seulement, il y a placé un drain parce qu'il avait dû la racler en plusieurs points. Il met deux plans de sutures au catgut et un drain à la partie inférieure.

Protective directement sur la plaie. Par dessus, des blocs de coton trempés dans la solution de sublimé à 1/1500, disposés de façon à exercer une compression méthodique. On en met également sur le périnée, le bas-ventre, le pli de l'aîne. On renforce le pansement avec une bande d'ouate ordinaire, maintenue par un double spica.

Le troisième jour après l'opération, ablation du drain et des points de suture. Six ou sept jours après, nouveau pansement. Du 10^{me} au 13^{me} jour, un suspensoir ouaté suffit. Dans un cas seulement, il s'est produit un petit abcès sous-cutané.

En octobre 1886, M. Tédénat faisait une communication au Congrès de chirurgie sur quinze hydrocèles traitées par la même méthode et avec succès. Il a employé, dans tous les cas d'épaississement extrême de la vaginale, l'excision complète du feuillet pariétal, comme le font Bergmann et son élève Bramann. D'après lui, l'incision convient aux hydrocèles à parois épaisses, peu transparentes, s'accompagnant souvent de pachyvaginalites que la teinture d'iode ne ferait qu'aggraver. L'incision sans doute est sans danger quand elle est aseptique.

Mais l'asepsie est-elle facile à réaliser «dans cette région montueuse, d'où s'exhalent des gaz délétères»?

En juin 1886, la Société de chirurgie discute pour la première fois la nouvelle méthode de cure radicale de l'hydrocèle. *Reclus* fait une communication sur cinq cas d'hydrocèle traités par cette méthode: Il endort ses opérés au chloroforme. Il incise les diverses couches du scrotum en prenant toutes les précautions antiseptiques et lave la cavité avec la liqueur de Van-Swieten, ou plutôt avec de l'eau bouillie, le sublimé lui ayant paru déterminer, dans ses premières opérations, une certaine tuméfaction du testicule. La toilette de la séreuse terminée, il la suture au catgut et place entre elle et la peau un paquet de crins de Florence pour remplacer le drain. Pansement avec des éponges saupoudrées d'iodoforme. Lavement avant l'opération et potion opiacée après.

Sur les cinq observations, deux rétentions d'urine seulement à signaler. D'après l'auteur, la ponction et injection iodée doivent rester le procédé de choix dans les hydrocèles ordinaires. L'incision convient: 1° aux hydrocèles congénitales; 2° hydrocèles voisines d'un sac herniaire; 3° vieilles hydrocèles avec pachyvaginalite; 4° hydrocèles récidivées après injection iodée; 5° hydrocèles avec corps étrangers; 6° hydrocèles multiloculaires.

De la discussion qui a lieu à la Société, il semble résulter que tout le monde est d'accord pour donner la préférence aux injections irritantes dans la très grande majorité des cas. Desprès et Tillaux en particulier sont partisans de l'injection iodée.

Depuis, *Reclus* a pratiqué trente fois encore la même opération avec succès; ce qui porte le nombre à trente-cinq.

Après les publications d'Augagneur, de Tédénat, de *Reclus*, l'incision a été pratiquée par de nombreux chirurgiens français.

Routier, en 1887, fait une communication dans la *Revue de*

chirurgie sur quatre observations d'hydrocèles traitées par la nouvelle méthode de cure radicale. « Quand la séreuse est épaisse, qu'elle présente des noyaux cartilagineux, on peut adopter la modification proposée par Bergmann et supprimer tout le feuillet pariétal de la vaginale ; mais il faut aussi s'occuper de la séreuse viscérale qui présente des néo-formations ». Aussi, l'auteur de la communication préfère gratter les deux feuillets et placer un drain, comme dans le procédé de Julliard.

Nicaise (1), en 1888, conseille de procéder, pour la dissection de la vaginale, comme pour l'extirpation d'un sac herniaire ; il faut disséquer « fin » et ne séparer pour ainsi dire que la partie la plus interne de la séreuse. L'opération se fait ainsi sans hémorragie. Dans certains cas aussi, l'irritation n'est pas suffisante pour déterminer l'accolement des deux parois de la cavité. C'est le reproche fait par Reclus à ce procédé, comme nous le verrons plus loin.

La même année, *Augagneur* (2) publiait deux nouvelles observations de cure radicale. Dans un cas, il s'agit d'un individu qui a rompu son hydrocèle en montant à cheval. Ces faits semblent donner raison à Velpeau qui prétendait que l'hydrocèle n'était que le premier degré de l'hématocèle.

A la même époque, *Lucas Championnière* (3) fait une communication à la Société de chirurgie, au nom de Largeau, de Niort. Il s'agit d'un enfant de 5 ans porteur d'une hydrocèle avec épiplocèle. Mais ce qui fait l'intérêt de l'observation, ce sont les lésions tuberculeuses siégeant dans la partie de l'épiploon hernié. On résèque la partie malade et l'enfant est guéri selon toute apparence, puisque, vingt-deux mois après l'opération, il a été trouvé dans un état de parfaite santé.

(1) Revue de chirurgie 1888.

(2) Lyon médical 1888.

(3) Bull. soc. de chirurgie 1888.

Comme le fait remarquer l'auteur de la communication, ces faits sont rares dans la littérature médicale. On ne trouve qu'un cas de Cruveilhier : Le malade, atteint de tuberculose laryngée et pulmonaire, était porteur en même temps de deux hernies inguinales. Le sac herniaire et la portion déplacée du mésentère étaient seuls couverts de granulations.

Kirmisson (1) relate un fait de cure radicale chez un enfant porteur d'une hydrocèle congénitale avec ectopie testiculaire.

Thibaudet, de Lille (2), rapporte un fait analogue. Il s'agit de la cure radicale d'une hydro-épiplocèle chez un enfant de 7 ans.

Ces trois cas sont intéressants, le premier à cause des lésions tuberculeuses tout à fait limitées, tous les trois parce que l'opération a été pratiquée sur des enfants de 5 à 7 ans. Ce n'est, en effet, que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on fait usage de l'incision antiseptique chez l'enfant. Comme nous l'avons vu plus haut, il y a des procédés plus simples et surtout moins dangereux : application d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, injection de quelques gouttes d'alcool d'après le procédé de Monod, etc.

Nous avons terminé l'énumération, un peu longue peut-être, des procédés employés pour la cure radicale de l'hydrocèle par incision et excision de la vaginale. Ils ne diffèrent tous que légèrement de ceux des promoteurs de ce nouveau moyen thérapeutique : Volkmann et Julliard.

Dans ce qui va suivre, nous essaierons de montrer la valeur de cette méthode en la comparant à l'injection iodée.

(1) Semaine médicale 1889.

(2) Journ. Sc. médic., Lille 1890.

ETUDE COMPARATIVE DE L'INCISION ANTISEPTIQUE ET DE L'INJECTION IODÉE

1° INJECTION IODÉE. — *Douleur.* — Le premier reproche fait à l'injection iodée est d'être très douloureuse. Les cas de syncope, après injection de ce liquide irritant, ne sont pas rares. Reclus (1) en cite trois cas. Aussi préconise-t-il, avec d'autres chirurgiens d'ailleurs, l'emploi d'une solution de cocaïne à 5 %. Après la ponction, on injecte une cuillerée environ de cette solution. On la laisse s'écouler cinq minutes après, pour la remplacer par le liquide irritant. Pendant une heure ou deux, le patient ne ressent presque pas de douleur.

Piqûre du testicule. — Cet accident n'est pas très rare. Au moment même, il en résulte une douleur très vive, et ensuite une inflammation qu'il n'est pas toujours facile de maîtriser. Dans un cas de Velpeau, «le trocart pénétra si profondément dans la glande que l'injection seule put le détacher». Malgré cela, le malade guérit. Mais il ne faudrait pas toujours compter sur un résultat aussi favorable. Boyer, Curling, Marcellin Duval, ont publié des cas de fonte de la glande par suppuration. Il est vrai que de nos jours, avec les précautions antiseptiques, cet accident n'aurait pas la même gravité. Si on s'en

(1) Diction. encycl. Sc. méd., art. hydrocèle.

aperçoit, il vaut mieux retirer le trocart et ne pas faire l'injection iodée.

Hémorragie. — La blessure d'une artère ou d'une grosse veine n'est pas très fréquente. Il se produit une hématocèle qui, dans quelques cas, a suppuré. S'il s'agissait d'une artère volumineuse, il faudrait la lier et même pratiquer la castration si c'était nécessaire.

Abcès, phlegmon. — Les accidents que nous venons de signaler sont assez rares et généralement peu sérieux. Il n'en est pas de même de l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire. C'est à tort que Velpeau prétendait que la teinture d'iode avait la supériorité sur le vin chaud, de ne pas déterminer d'abcès. Les cas de phlegmon et même de gangrène s'étant terminés quelquefois par la mort ne sont pas rares dans la littérature médicale : Rigaud et Broca en auraient chacun observé un cas. Reclus (1) déclare avoir vu un vieillard de 81 ans succomber à l'injection iodée. Il y avait eu infiltration du liquide dans les bourses et en même temps lésion d'une artère volumineuse. Le malade n'a survécu que quatre jours à l'opération.

Ce n'est pas là cependant la terminaison habituelle de ces inflammations. Le plus souvent, l'élimination des parties sphacélées se fait assez vite et donne lieu à une cicatrice relativement peu étendue, comparativement aux plaies qui existaient au début.

Pour éviter cet accident, Guyon donne pour conseil de faire usage d'un entonnoir qui puisse s'adapter à la canule du trocart. La pression ne serait pas assez forte pour faire pénétrer le liquide dans l'épaisseur des enveloppes du scrotum,

(1) Semaine médicale 1887.

comme cela arrive quand on se sert de la seringue à hydrocèle.

Il vaut mieux, comme cela se pratique en Angleterre et en Allemagne, employer la teinture d'iode pure et n'en injecter que 8 à 12 gr. qu'on abandonne dans la séreuse. M. Tédénat (1) n'injecte également que de la teinture d'iode pure. Il prend, de plus, la précaution de laver la cavité vaginale avec de l'eau tiède, afin qu'il n'y reste pas la moindre quantité de liquide pathologique. L'action de l'agent irritant est plus énergique, et on diminue les coagulations fibrineuses qui retardent la guérison par une inflammation trop intense et la lenteur de leur résorption.

Vaginalite.— La teinture d'iode produit une vive irritation de la vaginale, accompagnée de gonflement et de fièvre qui ne dépasse pas habituellement 38°. Le plus souvent, la réaction inflammatoire ne va pas plus loin, surtout dans les hydrocèles simples. Il n'en est pas de même dans ces pachyvaginalites qui sont un état intermédiaire entre l'hydrocèle simple et l'hématocèle, à qui Gosselin a donné le nom d'hydro-hématocèle. C'est dans ces cas que l'injection iodée ne donne pas de résultats, ou plutôt en donne de mauvais. Tantôt il y a suppuration, comme dans les observations rapportées par Curling, Desprès, Texier (2), qui se sont terminées par guérison au bout d'un mois à un mois et demi; tantôt il y a récurrence avec production quelquefois d'hématocèle, comme dans l'observation qui suit :

(1) Montpellier médical 1885.

(2) Texier. Thèse de Paris 1878.

OBSERVATION.

(Résumée) (1)

Le nommé D.... F., âgé de 31 ans, menuisier, entre à l'hôpital Laënnec le 10 novembre 1886. Depuis le mois de mars, sans cause appréciable, ce jeune homme a vu la partie gauche de son scrotum grossir; si on l'examine, on trouve une transparence parfaite sur tous les points. La vaginale paraît mince. Le 20 novembre, ponction et injection iodée. Injection préalable d'une cuillerée d'une solution de cocaïne au 1/15. Je laisse séjourner la teinture d'iode 5 minutes.

Douze jours après, reproduction complète du liquide; le 15 décembre, plus de 25 jours après la ponction, la tumeur n'avait pas diminué. Je fis une nouvelle ponction et retirai un liquide un peu plus foncé; je ne fis pas d'injection iodée. Au bout de 48 heures, le liquide s'était encore reproduit et persistait 12 jours après. A la suite de ces deux récidives coup sur coup, je me décide à employer un moyen plus radical.

Le 27 décembre, j'endors le malade et pratique l'incision des bourses avec toutes les précautions antiseptiques. Ce n'était plus du liquide que contenait cette séreuse, mais un magma jaunâtre formé de fibrine coagulée dans les mailles de laquelle fort peu de liquide était emprisonné. Ce coagulum, une fois enlevé, la vaginale restait partout tapissée d'une fausse membrane facilement isolable par places, très adhérente sur d'autres, dont la décortication fut faite partie avec les ongles, partie avec la curette. Compression avec une éponge trempée dans la solution phéniquée à 5 p. 100. Résection, drainage et pansement. Le malade sortait guéri 10 janvier le 1887.

D'après Routier, cette observation semblerait prouver que

(1) Routier. Revue de chirurgie 1887.

la teinture d'iode peut transformer une hydrocèle en hémato-cèle. Sans aller aussi loin, on peut dire que ce liquide irritant précipite le passage à l'hématocèle des hydrocèles, avec épaissement même léger de la séreuse. Ces faits ne sont pas très rares. Routier dit en avoir vu un autre exemple dans le service du professeur Lefort. Ce sont ces cas qui, par des récides successives, grossissent le nombre des insuccès par l'injection iodée.

L'injection iodée amène cependant quelquefois l'oblitération de la cavité vaginale, même dans les vieilles pachyvaginalites. Mais les néo-formations qui enveloppent le testicule produisent sur cet organe une compression très douloureuse, comme l'a plusieurs fois observé M. Tédénat.

Telles sont les principales complications qui peuvent survenir après l'injection iodée. Nous allons maintenant passer en revue celles qui accompagnent l'incision antiseptique pour pouvoir ensuite apprécier par comparaison la valeur de chaque méthode.

2° INCISION. — L'*anesthésie* aggrave l'opération par les dangers qui lui sont inhérents. On serait en droit de se reprocher d'avoir causé la mort d'un malade en l'endormant, pour le débarrasser d'une hydrocèle. Aussi Julliard, comme nous l'avons vu plus haut, n'endort pas ses opérés. Mais jusqu'ici il est le seul. Chez les gens âgés athéromateux, il vaudrait peut-être mieux l'imiter ou du moins n'employer que l'anesthésie locale par le froid ou la cocaïne.

On a accusé le *spray phéniqué* d'amener de l'érythème, qui serait plutôt dû, d'après nous, aux pièces de pansement et surtout à la gaze phéniquée. Aujourd'hui, le spray ne s'emploie guère plus pendant les opérations. On se contente de faire l'asepsie de la région, de bien désinfecter les instruments et

les pièces de pansement, sans craindre outre mesure les germes qui peuvent se trouver dans l'air. La gaze phéniquée est remplacée par la gaze iodoformée ou au sublimé.

L'état fébrile n'est guère plus marqué qu'après l'injection iodée et ne dure que quelques jours. Il en est de même de la suppuration, qui ne fait que retarder la guérison, comme dans l'observation I, que nous publions plus loin. La *réten tion d'urine*, qui peut d'ailleurs se présenter après toutes les opérations sur les organes génitaux, n'est pas une complication sérieuse, puisque, dans la plupart des cas, elle a cédé au premier cathétérisme.

L'accident le plus grave est le *phlegmon des bourses*. Sur 457 cas d'hydrocèles traités par l'incision, Nimier n'a trouvé qu'un phlegmon dans les six observations de Rocher. Gross en aurait observé un autre. A ce sujet, Reclus(1) fait deux remarques : « Il existe, à notre connaissance, des observations malheureuses qui n'ont pas été publiées par des chirurgiens, sans doute mal à l'aise, pour avoir préféré, à l'innocente injection iodée, l'incision large des bourses, opération délicate que le succès seul justifie dans le cas d'hydrocèle simple. » Seconde remarque : « L'incision antiseptique n'a été pratiquée que par des chirurgiens éminents et habiles : Volkmann, Julliard, Augagneur, etc. Lorsque la cure radicale sera « démocratisée », il est probable que les résultats ne seront pas aussi satisfaisants ».

Nous avons nous-même eu connaissance, par l'intermédiaire d'un de nos maîtres, d'un cas de *phlegmon* et même de *gangrène* survenu dans la soirée du deuxième jour après une opération de cure radicale par incision. Le malade était âgé de 32 ans, alcoolique, mais non diabétique. L'examen des urines avait été fait avant l'opération. On limite la gangrène

(1) Semaine médicale 1887.

en promenant hardiment le fer rouge dans le scrotum, et le malade guérit. Les antécédents alcooliques de l'opéré ne sont pas peut-être étrangers à la grave complication qui est survenue.

Un dernier reproche adressé à l'incision est l'*oblitération de la cavité vaginale*, qui est la condition même de succès pour cette méthode. Avec l'injection, il n'y aurait oblitération de la cavité que dans la moitié des cas (Hutin). Gosselin, d'un autre côté, dans 10 cas pris au hasard chez des individus ayant les deux feuillets de la séreuse accolés, a trouvé une anémie testiculaire très nette. Dans le cas particulier, on ne sait pas si c'est la vaginale ou le testicule qui a commencé à être malade, puisque huit cas pris au hasard montrent une induration de l'épididyme.

Les néo-membranes qui entourent la glande nuisent à sa fonction et «découragent la spermatogénèse», suivant les expressions de Broca. Dans tous ces cas, l'absence de spermatozoïdes n'est pas constante. Sur 10 cas d'oblitération complète chez des vieillards de 60 à 80 ans, on a trouvé sept fois la sécrétion spermatique conservée.

Dans les vieilles hydrocèles, comme nous l'avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique, l'épididyme est séparé du testicule. Dans ces cas là, il n'y a pas à se préoccuper de l'état de la glande, puisque la communication est interrompue avec les vésicules séminales.

Tous ces faits étant connus, peut-on attribuer à l'oblitération de la vaginale seulement l'anémie testiculaire et l'abolition de la sécrétion spermatique? Nous ne le croyons pas, et l'incision ainsi que l'injection doivent être innocentées dans la plupart des cas.

Après avoir vu les inconvénients de la méthode de traitement qui fait l'objet de cette thèse, nous allons en examiner les avantages :

L'incision est un procédé plus sûr, moins aveugle. L'opé-

rateur se rend compte de l'état de la vaginale, de l'épididyme, du testicule. Il ne risque pas avec son trocart d'ouvrir un vaisseau ou de blesser l'organe spermatique. S'il y a des corps étrangers ou des néo-formations quelconques qui entretiennent la sécrétion anormale de la séreuse, il les enlève et diminue les chances de la récurrence; en un mot, il fait une opération plus chirurgicale qui doit donner de meilleurs résultats que l'ancienne méthode des injections.

La guérison est plus rapide.— Dans les cas les plus favorables, sans complications, les malades sont guéris du 12^{me} au 13^{me} jour. Avec l'injection iodée, la durée du traitement est de trois semaines à un mois. D'après Velpeau, elle ne serait que de douze jours, et d'après Martin (de Calcutta), qui a le premier employé ce procédé, elle serait de vingt-cinq jours. Ce dernier serait plutôt dans le vrai; car il est bien rare que l'inflammation, quelquefois assez intense, qui suit l'injection de ce liquide, ne dure que douze jours. Velpeau a sans doute voulu dire qu'au bout de douze jours, le malade pouvait se lever et marcher en portant un suspensoir. Dans l'une comme dans l'autre méthode, l'opéré peut se lever et marcher, la seconde semaine, en prenant la précaution que je viens de signaler. Il faut reconnaître cependant qu'après l'incision, il peut reprendre plus vite ses occupations.

Récurrence plus rare.— Si l'on consulte les diverses statistiques faites sur le traitement de l'hydrocèle par injection iodée, la proportion des récurrences diffère suivant les auteurs. Martin (de Calcutta), sur 2,399 opérés, cite un insuccès seulement pour 100. Gosselin, sur 141 opérés, a eu 16 récurrences. Augagneur (de Lyon), sur 22 malades atteints d'hydrocèle qu'il a reçus dans son service, en a trouvé trois qui avaient déjà été traités par l'injection.

M. Tédénat (1), sur 95 observations d'hydrocèles traitées par l'injection iodée, recueillis dans divers services de Lyon, a noté dix succès et trois abcès. Quatre des malades chez lesquels la solution au tiers avait échoué furent guéris par la teinture pure en petite quantité. Il a lui-même traité par ce procédé 13 hydrocèles, et n'a eu qu'une récurrence. Il injectait de 15 à 20 grammes de teinture d'iode pure et en abandonnait la moitié dans la cavité vaginale. La proportion des récurrences serait de 4 ou 5 pour 100, tandis qu'avec la teinture diluée elle est de 10 à 12 pour 100.

Wendling (2), sur 100 opérés, en a revu 30, dont 10 récurrences. Cette proportion nous paraît un peu forte et nous accepterions plutôt celles données par Gosselin, Augagneur, Tédénat, qui concordent à peu près.

D'après Fournoux (3), la proportion des succès est de 4 pour 100.

On voit combien cette proportion varie suivant les auteurs. Cela est inévitable, car il est très difficile pour un chirurgien de revoir tous ses opérés, et ce n'est que dans ces conditions qu'une statistique peut donner de bons résultats.

Les promoteurs de l'incision (Volkmann, Julliard), croyant que toute récurrence était impossible, avaient donné à leur procédé le nom de « cure radicale ». Les cas de récurrence sont sans doute très rares, mais ils n'en existent pas moins. Nimier, dans une thèse déjà citée, en publie quatre observations. Nous avons pu nous-même, en cherchant dans la littérature médicale, en recueillir sept, dont une inédite.

En 1888, Henri Morris (4) lit une note à la Société royale

(1) Tédénat. Montpellier médical 1885.

(2) Wendling. Thèse de Nancy 1885-86.

(3) Fournoux. Thèse de Paris 1884-85.

(4) Thèse Lancet 1888.

de médecine et de chirurgie de Londres sur la cure radicale de l'hydrocèle, avec quelques remarques sur 2 cas d'incision et excision suivis de récurrence. Il compare les deux méthodes, et prétend qu'on n'a pas encore trouvé, pour la cure de l'affection qui fait l'objet de la communication, un procédé qui ne puisse être suivi de récurrence dans certains cas. Ce n'est cependant pas là l'opinion généralement admise en Angleterre.

Mac-Ardle (1), dans une relation de 8 cas d'hydrocèle traités par l'incision, dit avoir deux fois réséqué tout le feuillet pariétal : « La résection partielle du feuillet pariétal, quand l'hydrocèle a résisté à l'injection et que la paroi est mince, peut amener une guérison temporaire, tandis que la résection totale produit une cure radicale. »

En juillet 1890, dans une clinique insérée dans le *Mercredi médical*, Reclus, qui avait déjà pratiqué 35 fois avec succès l'opération de la cure radicale par incision, dit avoir observé coup sur coup trois récurrences : 1° Jeune homme de 19 ans, syphilitique, porteur d'une hydrocèle double. La cure radicale est faite avec soin ; la séreuse est réséquée largement, au point qu'on doit pratiquer des tractions pour recouvrir la glande. Récurrence des deux côtés. — 2° Ingénieur, opéré d'une hydrocèle droite. — 3° Vieillard de 73 ans opéré d'une hydrocèle gauche. Au bout de trois semaines, léger degré de récurrence qui était complète quinze jours plus tard.

Reclus attribue ces trois insuccès à l'emploi du procédé de Nicaise. Ce dernier chirurgien, comme nous l'avons vu plus haut, recommande de disséquer « fin » la vaginale. On évite ainsi l'hémorragie. Mais, le plus souvent, l'irritation de la séreuse n'est pas suffisante pour déterminer l'accolement de ses deux feuillets. C'était aussi l'objection faite à la méthode de la cure radicale par l'incision, par Heydenreich (2). Aussi, tout

(1) Dublin. Journ. méd. sc. 1887.

(2) Heydenreich. Semaine médicale 1885.

en ne condamnant pas le procédé de Nicaise, Reclus se propose dorénavant d'irriter suffisamment la vaginale pour éviter la reproduction de l'épanchement. Il conseille de la frotter avec un tampon imbibé d'une substance irritante, l'alcool par exemple.

La même année, Potier (1) présente à la Société anatomique un testicule enlevé avec sa vaginale, pour une hydrocèle récidivée après une opération de cure radicale faite il y a un an. La glande est recouverte de végétations volumineuses qui ont paru suspectes. Depuis, l'examen histologique a montré qu'il s'agit simplement de néo-formations inflammatoires.

A ce sujet, M. Broca pense que pour éviter les récidives, le plus simple est d'exciser la vaginale en collerette et de ne pas la reconstituer par la suture. La récidive est après cela impossible. Le testicule adhère, il est vrai, à la fibreuse commune, mais sans grands inconvénients. C'est l'opération proposée par Bergmann en 1885, telle que nous l'avons décrite plus haut.

Nous publions nous-même dans l'observation II un cas de récidive, tardive il est vrai, puisqu'elle ne s'est déclarée que six ans après la première intervention. Le malade était porteur d'une hydrocèle double, et la récidive n'a eu lieu que du côté où la séreuse était le plus épaissie et où l'épididyme présentait deux petites productions kystiques.

C'est donc dans les cas où la vaginale est épaisse et où elle présente des néo-formations que l'insuccès est à craindre, comme le prouvent les deux dernières observations. C'est dans ces cas-là aussi que le procédé de Bergmann est indiqué. Il met sûrement à l'abri de la récidive, tandis que l'irritation de la vaginale avec l'alcool, comme le conseille Reclus, ne nous

(1) Mercredi médical 1890.

paraît pas suffisante pour faire adhérer sûrement et dans tous les cas les deux feuillets.

Malgré ces quelques cas de récurrence, l'incision serait préférable à l'injection, qui donne une proportion d'insuccès beaucoup plus forte; mais l'incision est une véritable opération qui n'est pas sortie jusqu'à ce jour des mains de chirurgiens exercés et bien outillés, tandis que l'injection est à la portée du plus modeste praticien. Si l'injection est le procédé de choix dans les hydrocèles simples, l'incision est aussi indiquée dans les cas suivants:

Dans les *hydrocèles congénitales*, où, grâce à la persistance du conduit vagino-péritonéal, le liquide irritant pourrait aller jusques dans l'abdomen. Cloquet cite le cas d'un malade qui reçut ainsi 60 gr. de vin chaud dans son péritoine, sans succomber à la péritonite. Mais il ne faudrait pas toujours compter sur une terminaison aussi heureuse. Il est vrai que ces épanchements congénitaux ont de la tendance à guérir spontanément ou par la simple compression. Il n'en est pas de même lorsqu'ils se compliquent de hernie. Dans ces cas, il vaut mieux intervenir, et, par la même opération, débarrasser le malade d'une affection gênante et même dangereuse.

L'incision est surtout indiquée dans les *hydrocèles vieilles, volumineuses, à parois épaisses*. Ces tumeurs sont opaques dans toute leur étendue ou présentent une transparence peu nette. Sur un fond vaguement éclairé, on voit quelquefois se dessiner des plaques sombres. Après l'évacuation du liquide, quand la membrane est rugueuse, il se produit un bruit de frottement (Duchâteau, thèse Montpellier 1881). Dans ces pachyvaginalites, l'injection iodée échoue sûrement ou transforme même une hydrocèle en hématocele.

Dans les *hydrocèles récidivées* après une injection iodée bien faite.

Dans les *hydrocèles à cavités multiples*. On pourrait sans

doute vider séparément chaque alvéole ; mais, après leur affaissement, il ne serait pas sans danger d'y pousser une injection qui pourrait se répandre facilement dans le tissu cellulaire.

Dans l'*hydrocèle en bissac*, dont nous publions une observation (obs. V).

Tels sont les cas où l'incision doit être préférée à l'ancienne méthode des injections. Avec une antiseptie rigoureuse, elle donne une guérison plus rapide et plus sûre, surtout si, à l'exemple de Bergmann et de son élève Bramann, on résèque tout le feuillet pariétal de la séreuse pour rendre toute nouvelle distension impossible.

Observation I.

(Inédite).

Due à l'obligeance de M. Pamard.

Hydrocèle double.

Le nommé N... H., 54 ans, cultivateur, entre à l'hôpital Sainte-Marthe d'Avignon, le 6 février 1885, dans le service du D^r Pamard.

Il est porteur d'une hydrocèle double déjà traitée par l'injection iodée trois ans auparavant. Aussi, en l'examinant, on constate que les bourses sont indurées. Pas de changement de coloration à la peau ; tumeur rénitente et transparente. En présence de cette récurrence et de l'induration constatée au palper, on se décide à employer un moyen plus radical.

Opération.—7 février. Anesthésie chloroformique. La région est rasée et lavée avec une brosse et une solution de sublimé. Incision de 10 à 12 centimètres sur cette tumeur ovoïde. On arrive dans une cavité à parois épaisses contenant un liquide séro-sanguinolent. Le testicule et l'épididyme sont sains.

Hémostase, lavage de la cavité avec une solution phéniquée à 3 p. 100 ; excision d'une portion de vaginale et suture au catgut sans mettre de drain. On se contente de drainer, entre la vaginale et la peau, comme le conseille Julliard. Sutures superficielles à la soie phéniquée.

Pansement. Poudre d'iodoforme, gaze iodoformée, coton antiseptique en quantité, double spica. La même opération est pratiquée des deux côtés.

11 février. Premier pansement. Les plaies ont bon aspect et les drains sont enlevés. Même pansement.

16 février. On enlève les points de suture. Du côté droit, la réunion est opérée. A gauche, il s'est formé un petit abcès qui retarde la guérison d'une quinzaine de jours. Le malade sort guéri de l'hôpital le 6 mars.

Observation II.

(Inédite)

Communiquée par M. Cassin.

Hydrocèle double.— Récidive à droite.

Le 15 septembre 1884, entre à l'hôpital Sainte-Marthe d'Avignon le nommé F.... J., âgé de 44 ans, cultivateur à Entraigues, dans le service du D^r Cassin.

Le malade déclare ne pas avoir eu de maladie vénérienne. Il y a 15 ou 16 mois, il s'est aperçu, pour la première fois, de la présence d'une tumeur dans les bourses du côté droit. Elle était à ce moment peu volumineuse et ne causait ni gêne ni douleur. Deux ou trois mois après, une tuméfaction semblable apparaît du côté gauche. Ces deux tumeurs évoluent graduellement et simultanément, ne causant quelque gêne que par leur volume. Néanmoins, à cause de sa profession pénible, le malade entre à l'hôpital et réclame une intervention.

A son entrée, on constate qu'il est porteur d'une hydrocèle double. L'examen, fait à la lampe, indique une transparence parfaite, un peu moins nette cependant à droite. Le testicule n'est pas aperçu. La peau est très tendue, ne présente pas de changement de coloration et la tumeur est rénitente.

Opération. — 17 septembre. Anesthésie chloroformique. Après avoir désinfecté le champ opératoire, on pratique sur la tumeur une incision de 10 à 12 centimètres. La vaginale est ouverte et examinée avec soin. On enlève sur l'épididyme droit deux petites productions kystiques. La séreuse est plus épaisse du même côté. On en résèque la plus grande partie pour ne conserver que ce qui est nécessaire pour recouvrir le testicule. Lavage avec une solution phéniquée faible ; suture de la vaginale au catgut et de la peau avec de la soie phéniquée. Un drain est placé dans un point déclive entre la vaginale reconstituée et la peau.

Pansement. Poudre d'iodoforme, éponges, coton antiseptique, le tout maintenu par un double spica de laine.

22 septembre. Premier pansement. Pas de suppuration, très bon aspect de la plaie. Les drains sont enlevés ainsi que les points de suture, la réunion par première intention étant déjà opérée. Même pansement.

28 septembre. La plaie est cicatrisée. On met un suspensoir avec du coton.

1^{er} octobre. Le malade sort guéri, ou du moins ne conservant qu'une légère sensibilité à la pression, qui l'oblige à porter un suspensoir pendant quelque temps.

En février 1891, le même malade se présente de nouveau à M. Cassin, avec un début d'hydrocèle du côté droit. Cette partie du scrotum aurait commencé à grossir vers le mois de juillet 1890. En ce moment, elle est peu volumineuse et gêne légèrement le patient, qui peut continuer à tra-

vailler, malgré sa profession pénible d'agriculteur. Aussi, une nouvelle opération n'est-elle pas encore jugée nécessaire.

Observation III

(Inédite)

Communiquée par M. Lugan, interne à l'hôpital d'Avignon

Hydrocèle droite

Le nommé M..., âgé de 50 ans, se présente au D^r Carre (d'Avignon) le 20 mai 1890.

Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques. Il est porteur d'une tumeur scrotale droite assez volumineuse, développée depuis environ un an et demi. Sans cause appréciable, le malade a vu ses bourses augmenter peu à peu de volume jusqu'au moment où il vient consulter M. Carre pour une affection qui ne le gênait guère que par son volume.

La tumeur est de forme ovoïde, rénitente, tellement tendue qu'on se demande si on n'a pas affaire à une tumeur solide. L'examen à la lumière, le développement de la tumeur de bas en haut, suffisent pour faire porter le diagnostic d'hydrocèle. La transparence est parfaite, plus nette cependant en certains points que dans d'autres. Le testicule n'est pas aperçu. Si on fait tousser le malade, on ne sent aucune secousse dans la tumeur.

Opération. — 25 mai. Anesthésie chloroformique. Lavage de la région au sublimé après avoir au préalable rasé les poils. Incision de 8 à 10 centimètres sur toute la hauteur de la tumeur. On arrive sur la vaginale qu'on ponctionne dans un point déclive. Il s'écoule de 250 à 300 grammes d'un liquide citrin. L'incision est prolongée avec des ciseaux en haut et en bas. Examen de la cavité: Les parois sont épaisses et

on trouve un *corps étranger* de consistance cartilagineuse et du volume d'une *chevrotine*.

Résection de la vaginale dont on garde assez pour recouvrir le testicule. Lavage avec une solution phéniquée à 3 pour 100 et drainage. Suture de la vaginale au catgut, et de la peau au crin de Florence.

Pansement. Poudre de salol, gaze au salol, coton phéniqué, gutta-percha; le tout est maintenu par un double spica.

29 mai. Premier pansement. Pas de suppuration, réunion par première intention, ablation du drain. Même pansement.

4 juin. On enlève les points de suture et on met un sus-pensoir avec du coton.

Le 15^me jour après l'opération, le malade est guéri. Au moment où nous publions cette observation, la guérison persiste sans trace de récurrence un an après l'opération.

Observation IV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Tédénat

Hydro-hématocèle droite

Agéal Ernest, cultivateur, 28 ans, entré le 7 avril 1891 à l'Hôpital Suburbain, dans le service de M. Tédénat, salle Bouisson, N° 4.

Le début de la maladie remonte à 10 ans. Le malade l'attribue à une chute qu'il fit à cette époque. Le choc n'a pas cependant porté sur les parties génitales.

Actuellement, 8 avril, la tumeur scrotale est à droite, ovoïde, volumineuse (12 centimètres de long sur 9 de large). Le canal inguinal est libre. La peau qui recouvre la tumeur est lisse

partout sans bosselures. A la palpation, on constate que la tumeur est rénitente plutôt que fluctuante. Les téguments sont très épaissis et la transparence à la lumière n'est pas très nette. Le testicule est en bas et en arrière.

Opération. — 10 avril. Les bourses et la partie supérieure des cuisses sont soigneusement rasées et désinfectées. Anesthésie locale à la cocaïne. Incision sur le côté antéro-externe du scrotum, comprenant successivement toutes les enveloppes. La vaginale est incisée ; il s'en écoule un liquide épais et filant, couleur chocolat (500 gram. environ). Lavage de la cavité. Décortication de la vaginale avec le doigt et le manche du bistouri. Elle a 5 millimètres d'épaisseur. La couleur est la même que celle du liquide ; on la décortique complètement jusqu'au testicule et on la coupe autour de celui-ci. Au niveau de la glande, elle est fongueuse. A l'aide de pinces de Kocher et de ciseaux, on détache la partie adhérente à l'organe spermatique. Le testicule est atrophié. Une artériole donne ; cautérisation au thermo-cautère. Lavage de la cavité où on place un gros drain au point déclive. Un premier rang de sutures profondes réunissant les premières enveloppes avec du catgut fin. Un deuxième rang pour la peau. Pansement. Poudre d'iodoforme, coton antiseptique en quantité. Double 8 de chiffre. Suspensoir d'Horand-Langlebert.

13 avril. On fait le premier pansement. Le scrotum est gros, douloureux, rouge. Quelques points de suture sont enlevés et la cavité vidée des caillots qu'elle contient. On remet un gros drain. Même pansement. Le soir, la température monte à 38°2 ; le malade ne souffre pas.

16 avril. Pas une goutte de pus. Les bourses sont encore œdématisées. Irrigation. Mèche de gaze iodoformée, coton et suspensoir.

20 avril. Troisième pansement. Pas de suppuration. Le testicule a diminué de volume. Suppression de la mèche de

gaze iodoformée, les lèvres de la plaie étant réunies. Même pansement.

28 avril. Les lèvres de la plaie se sont écartées. Irrigation, poudre d'iodoforme, mèche de gaze iodoformée, gaze iodoformée, coton et suspensoir.

8 mai. Nouveau pansement. La plaie bourgeonne, le testicule est gros et le scrotum œdématié.

20 mai. La plaie est absolument comblée par des bourgeons charnus. Il y a encore de l'œdème des téguments. Même pansement. Le malade commence à se lever et à marcher dans la salle.

30 mai. Cicatrisation parfaite et le malade sort guéri de l'hôpital.

Observation V

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Tédénat

Hydrocèle en bissac

Maraval Jean, 56 ans, boulanger à Mireval, entre à l'Hôpital Suburbain le 7 janvier 1890, dans le service du professeur Tédénat.

Son père est mort à 33 ans, sans qu'on puisse être renseigné sur la nature de sa maladie. Lui-même, en 1860, a eu des accès de fièvre intermittente. Pas de syphilis, ni de tuberculose, mais alcoolisme très net.

Le soir de la Noël 1889, il a senti des douleurs du côté du testicule gauche ; elles étaient très violentes et ont forcé le malade à se retirer du café. Cette douleur, très vive, s'est calmée petit à petit, ou a persisté très atténuée. Le malade a pu dormir, et le lendemain, au réveil, il a constaté que son scrotum était augmenté de volume. Depuis, il n'a fait que grossir

de plus en plus, jusqu'au jour où le malade se décide à réclamer une intervention.

Actuellement, on constate du côté gauche la présence d'une tumeur, d'aspect bilobé, remontant jusqu'à l'anneau inguinal, irréductible par la pression. Fluctuation légère se transmettant de la poche scrotale à la poche inguinale. Transparence à l'examen à la lumière. Développement de la tumeur de bas en haut. Tous ces signes permettent de poser le diagnostic d'hydrocèle en bissac.

Opération. — 11 janvier. Lavage antiseptique des bourses et des régions voisines. Isolement du champ opératoire avec des compresses trempées dans le sublimé. Anesthésie chloroformique, après injection préalable de 0,02 centigr. de morphine et atropine. On pratique sur la tumeur une incision de 10 à 12 cent. La vaginale incisée dans la même étendue, il s'écoule à peu près 500 gr. d'un liquide couleur café au lait. Lavage de la cavité à l'eau boriquée tiède. La vaginale est très épaisse, le testicule apparaît blanc, augmenté de volume, lisse; l'épididyme est enflammé, volumineux. Les lèvres de la tunique vaginale sont prises entre les mors d'une pince à faible courbure. Après avoir séparé et écarté le cordon, M. Tédénat procède à l'énucléation de la poche en l'attirant peu à peu au dehors du canal inguinal et arrive jusqu'à l'orifice interne de ce canal. Il résèque cette poche, fait un lavage à l'eau boriquée, met un drain dans la cavité vaginale et suture.

Pansement avec poudre d'iodoforme, gaze iodoformée et coton antiseptique.

Les jours qui suivent l'opération, le malade n'a pas de fièvre. On fait le premier pansement le 15 janvier. Pas de suppuration. Le drain est enlevé ainsi que les points de suture, la réunion par première intention étant effectuée. Le testicule est toujours gros. On fait un nouveau pansement le 20 janvier. La cicatrisation est parfaite, le liquide ne s'est pas

reproduit. OEdème des bourses. Suspensoir et coussinet sous le scrotum pour faire disparaître l'œdème.

Le 24 janvier, le malade sort guéri de l'hôpital.

Sur les cinq observations d'hydrocèles traitées par l'incision que nous publions, nous n'avons pas d'accident sérieux à signaler. Dans la première, il s'est produit d'un côté un abcès superficiel, qui a retardé la guérison de quelques jours.

L'observation II présente un certain intérêt. Il s'agit d'une hydrocèle double, opérée avec succès d'après le procédé de Julliard. Ce n'est que six ans après l'opération qu'on s'est aperçu d'un début de récurrence à droite, c'est-à-dire du côté où la vaginale avait été trouvée le plus épaissie lors de la première intervention. On avait trouvé en même temps deux petits kystes sur l'épididyme.

Dans l'observation III, nous ferons remarquer la présence d'un corps étranger, gros comme une chevrotine et de consistance cartilagineuse.

Le malade qui fait l'objet de l'observation IV était porteur d'une hydro-hématocèle avec épaississement considérable de la vaginale. On résèque tout le feuillet pariétal, et on gratte le feuillet viscéral. Au premier pansement, on trouve des caillots dans la cavité, et cela a suffi pour empêcher la réunion par première intention. Le malade a cependant très bien guéri; la température n'a pas dépassé 38°2.

C'est d'ailleurs une complication qui se produit assez souvent dans des cas analogues. Reclus conseille même de ne pas essayer la réunion par première intention et de remplir la cavité de gaze iodoformée pour la faire bourgeonner.

Dans l'observation V, il s'agit d'une hydrocèle en bissac qui a guéri sans accident.

A propos du pansement, nous ferons remarquer que M. Tédénat le simplifie. Au lieu d'envelopper le malade dans son pansement jusqu'au nombril et jusqu'au milieu des cuisses, comme le recommande Julliard, il applique seulement un suspensoir de Horand-Langlebert, soit après une opération de cure radicale d'hydrocèle, soit après une castration.

Dans les observations II, III et V, la durée du traitement a été de 12 à 15 jours. Dans les deux autres cas, la guérison a été retardée à cause des complications que nous venons de signaler.

CONCLUSIONS

L'injection iodée et l'incision antiseptique sont deux méthodes de traitement de l'hydrocèle qui ne s'excluent nullement. Chacune a ses indications.

L'injection, procédé plus simple, doit être préférée dans tous les cas d'hydrocèle ordinaire. Il faut employer la teinture d'iode pure, et en injecter 10 à 12 gr., qu'on abandonne dans la cavité.

L'incision, procédé moins aveugle sans doute, mais nécessitant, pour donner de bons résultats, une véritable éducation chirurgicale, ne doit être employée que dans des cas spéciaux : lorsqu'on a affaire à une hydrocèle congénitale compliquée ou non de hernie, cas où l'injection iodée serait aussi dangereuse, sans amener aussi sûrement la guérison.

Dans les hydrocèles vieilles, volumineuses, à parois épaisses, où l'injection échoue sûrement.

Dans les hydrocèles récidivées.

Dans les hydrocèles multiloculaires, et surtout dans l'hydrocèle en bissac.

Dans les cas d'épaississement considérable de la vaginale, nous conseillons la résection totale du feuillet pariétal, comme l'a préconisé Bramann. La récurrence, après cela, est impossible.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 19 juin 1891.

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut.

J. GERARD.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 19 juin 1891

Le Doyen,

A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- TERRILLON. — Note sur l'anatomie pathologique de l'hydrocèle. Bull. Soc. anatomique 1877.
- TEXIER. — Vaginalites suppurées après injection iodée. Thèse de Paris 1878.
- JULLIARD. — Revue de chirurgie 1884.
- MEHLING. — Cure radicale de l'hydrocèle. Thèse de Montpellier 1883.
- RECLUS. — Note sur cinq observations d'hydrocèles traitées par incision. Bull. Soc. chirurgie 1886.
- NIMIER. — Cure radicale de l'hydrocèle. Thèse de Paris 1885-86.
- WENDLING. — Cure radicale de l'hydrocèle. Thèse de Nancy 1885-86.
- AUGAGNEUR. — Lyon médical 1885.
- TÉDENAT. — Montpellier médical 1885. Notes sur l'hydrocèle de la tunique vaginale.
- TÉDENAT. — Congrès français de chirurgie 1886. Communication sur la cure radicale de l'hydrocèle.
- AUGAGNEUR. — Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie 1886.
- TÉDENAT. — Dioptrique des hydrocèles. Gaz. Montpellier 1880.
- RECLUS. — Traitement de l'hydrocèle. Sem. méd. 1887.
- RECLUS. — Art. *Hydrocèle* du dict. encycl. des sc. méd.
- RECLUS. — De la récurrence dans la cure radicale de l'hydrocèle. Mercredi méd. 1890.
- ROUTIER. — Revue de chirurgie 1887.
- BERGMANN. — Berlin. Klin. Vochen-Schrift 1886. Revue de Hayem 1886.

KIRMISSON. — Cure radicale, chez un enfant, d'une hydro-épiplocèle avec fixation du testicule.

H. MORRIS. — Deux cas de récurrence après cure radicale. The Lancet 1888.

MAC-ARDLE. — Dublin, J. M. Sc. 1887.

SOUTHAM. — The Lancet 1887 et 1889.

AUGAGNEUR. — Lyon médical 1888.

NICAISE. — Revue de chirurgie 1888.

LARGEAU. — Cure radicale d'une hydro-épiplocèle. Bull. soc. chirurgie 1888.

THIBAUDET. — Cure radicale d'une hydro-épiplocèle. J. sc. méd. de Lille.

POTIER. — Communication à la Société anatomique. Mercredi médical 1890.

BONNET. — Gazette de Montpellier 1887.

BOUCHARD. — Traité de pathologie externe.

FAFOURNOUX. — Hydrocèles récidivées de la tunique vaginale. Thèse de Paris 1884-85.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
